

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES

100 3rd STREET, ROOM 100
 P.O. BOX 942732
 SACRAMENTO, CA 94234-7320
 (916) 322-1086



CMSP Letter: 99-6
 Date Issued: May 7, 1999

TO: ALL COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM (CMSP) COUNTY WELFARE DIRECTORS

SUBJECT: NEW/REVISED CMSP FORMS

This letter transmits camera-ready copies of the following selected new/revise^d CMSP forms:

CMSP Form #	Form Title	Language
219 (SP)	Rights, Responsibilities and Other Information	Spanish
239 E & 239 E (SP)	Notice of Action – Overpayment and Repayment Instructions	English & Spanish
1176	Potential Third Party Liability Notification	English

In CMSP All County Letter No. 98-7, dated September 2, 1998, you were provided CMSP form 219 (English version) which replaced CMSP forms 216 and 217. Enclosed is the new camera-ready form CMSP 219 (SP), Spanish version.

Enclosed you will find camera-ready copies of the new CMSP 239 E (English and Spanish versions), Overpayment and Repayment Instructions forms, which will replace the Medi-Cal form MC 239 E that you have been using. Also, enclosed is a camera-ready copy of the revised CMSP 1176, which will replace any existing versions you have.

ALL CMSP WELFARE DIRECTORS

Page 2

May 7, 1999

Counties should use these camera-ready masters to produce a prudent supply of these new/revised forms. If you have any questions concerning these forms, please contact Ms. Kelly Robbins in the CMSP Unit at (916) 322-9521. Thank you for your attention to this matter.



Linda McFarland, Chief
County Medical Services Program Unit

Enclosures

cc: Ms. Kelly Robbins
Office of County Health Services
Department of Health Services
1800 3rd Street, Room 100
P.O. Box 942732
Sacramento, CA 94234-7320

SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO DERECHOS, RESPONSABILIDADES Y OTRA INFORMACION

Yo, _____, estoy solicitando para los Servicios Médicos del Condado (CMSP) del Departamento de Servicios Humanos de _____. A nombre de _____
nombre

TIENE DERECHO A:

Solicitar un intérprete para ayudarle con la solicitud de CMSP si tiene dificultad en hablar o entender el inglés.

- Ser tratado/a justamente y con igualdad sin importar su raza, color, religión, nacionalidad, sexo, edad o creencias políticas.

Solicitar CMSP y ser informado/a por escrito si reúne los requisitos para calificar por CMSP, aun si el representante del condado le dice durante la entrevista que existe la posibilidad de que sea o no sea elegible.

Examinar los manuales de regulaciones del Programa de los Servicios Médicos del Condado si desea cuestionar aquello en lo que se basaron para aprobar o negar su elegibilidad.

Recibir una tarjeta Plástica de Identificación (BIC) lo mas pronto posible si tiene una emergencia médica.

Mantener la información que usted da al Departamento del Condado en astricta confidencia.

Ser informado sobre las reglas de elegibilidad retroactiva de CMSP

Calificar para CMSP reduciendo mi reserva de propiedad al límite establecido por CMSP antes del ultimo día de cualquier mes, incluyendo el mes de solicitud.

Recibir una explicación de como puede reducir el exceso de su reserva de propiedad siempre que reciba la compensación debida.

- Hablar con un/a Trabajador Social sobre otros servicios públicos o privados, o aquellos recursos que pueda obtener

TIENE LA RESPONSABILIDAD DE:

Reducir la parte de costo que pueda tener si proporciona, las facturas de cuentas médicas no pagadas

- Solicitar una audiencia del Condado si no esta satisfecho/a con la acción tomada, o no tomada, por el Departamento del Condado. Si desea una audiencia, la debe solicitar en un plazo de 90 días a partir de fecha en que se le mandó por correo la Notificación de Acción. Si no recibió una Notificación de Acción, usted debe solicitar una audiencia en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que descubrió la acción con la que no está satisfecho/a.
- Completar un Reporte de Estado cuando es proveído por el condado y enviarlo al condado en la fecha especificada.
- Proveer comprobante que es residente del Condado en la cual está solicitando CMSP.

Notificar al proveedor de servicios médicos (doctor, dentista, etc.) que ha solicitado la ayuda de CMSP o que es beneficiario de los servicios de CMSP.

Firmar y guardar su tarjeta de identificación plástica (BIC) y utilizarla únicamente para obtener los cuidados de salud necesarios.

Llevar su BIC a su proveedor cuando usted recibe servicios médicos, o lo más pronto posible si recibió servicios médicos cuando no tenía su BIC con usted.

-  Proporcionar un número de Seguro Social al Condado o solicitar uno

Solicitar los beneficios de Medicare si usted es ciego, incapacitado, o tiene 64 años y 9 meses de edad o más y es elegible para estos beneficios.

→ Solicitar cualquier ingreso que pueda estar disponible a usted o a cualquier miembro de su familia.

- Informar al Departamento del Condado de cualquier aseguranza de salud que tenga o que tenga derecho a tener.

Usar cualquier aseguranza de salud que tenga antes de usar CMSP.

Reportar al Departamento del Condado cuando beneficios de CMSP son recibidos por resultado de un accidente o danos causados por la acción o falta de acción de otra persona.

- Cooperar con el Condado si su caso es eligido para una revisión de control de calidad.
- Cooperar con los reglamentos de Medi-Cal si usted es potencialmente elegible para Medi-Cal. Si usted no coopera y es encontrado inelegible para Medi-Cal, usted no sera elegible para los beneficios de CMSP.

TIENE LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICAR A SU TRABAJADOR DE ELEGIBILIDAD DEL CONDADO EN UN PLAZO DE DIEZ DIAS CUANDO:

- Sus ingresos o los ingresos de su familia (inclusive salarios, pagos de Seguro Social, pensiones, pagos para Veteranos, préstamos, etc.). Umentan, disminuyen, comienzan o cesan.

Se traslada o planea trasladarse a otra dirección en su condado, a otra condado, otra Estado o país.

Planea dejar su lugar de residencia por más de 30 días.

Cualquier persona se muda a o se va de su casa.

Usted o su esposo/a ingresa o sale de un establecimiento de cuidado médico continuo o de largo plazo.

Transfiere, regala, vende u obtiene cualquier propiedad en inmuebles o personal (propiedad en inmuebles significa: terrenos, cases, etc., y propiedad personal significa: automoviles, etc.).

- Usted o su familia recibe gratis o a cambio de trabajo, casa, servicios públicos, comida o ropa.

Usted o un miembro de su familia se embaraza, o el embarazo termina.

- Usted o un miembro de su familia tiene un cambio en el cuidado de los niños, transportación, empleo o gastos de educación.

Usted o un miembro de su familia solicita cualquier beneficio de incapacidad tal como SSI/SSP, Seguro Social, Jubilación de Ferrocarril, Beneficios para Veteranos, Compensación por lesión Trabajo, etc.

Usted o un miembro de su familia comienza o abandona la escuela.

- Usted o un miembro de su familia tiene cambio de aseguranza de salud, ciudadanía o estado migratorio.

NOTIFICACION DE PRIVACION Y CONFIDENCIALIDAD

Las secciones 14011 y 14012 del Código de Asistencia Social e Instituciones autoriza que los Departamentos de Servicios/Bienestar obtengan cierta información sobre usted para determinar si usted, o las personas por quienes usted esta solicitando son elegibles para beneficios de CMSP. La información que usted provee es confidencial y solo puede ser revelada a ciertos individuos u organizaciones y unicamente para administración de el CMSP. Esta información sera usada por el Departamento del Condado para establecer elegibilidad de CMSP inicial o continua, por el Intermediario Fiscal de Estado con el propósito de procesar reclamos; por el Departamento de Servicios de Salud para la producción del BIC, identificación de aseguranza de salud y por motivos de recuperación de sobre-pagos, para cuota de Medicare pagada por estado y verificación de número de segura social, por el Servicio de Inmigración y Naturalización para determinar la condición legal del extranjero, y por los proveedores médicos de servicios y organizaciones de mantenimiento de salud para verificar elegibilidad.

ENTIENDO QUE:

Cuando solicito los beneficios de CMSP sere evaluado para elegibilidad para otros programas incluyendo Medi-Cal.

Si obtengo servicios médicos de un proveedor médico que no es proveedor de CMSP tendré la responsabilidad de pagar los servicios.

- Basado en mis ingresos, podria pagar o ser responsable por parte de mis gastos médicos cada mes antes que CMSP comienze a pagar.
- Si doy información falsa o incompleta puedo ser encontrado inelegible para CMSP y podria ser investigado por sospecha de fraude.

Los datos que proporcione serán verificados por médico de computadora con información proporcionada por los empleadores, el Departamento de Impuestos del Estado (Franchise Tax Board), la Administración del Seguro Social, bancos, la agencia de bienestar, y otras agencias.

Si yo, o la persona por quien estoy solicitando, no poseo un estado migratorio satisfactorio yo, o la persona por quien estoy solicitando, no poseo un estado migratorio satisfactorio yo, o la persona por quien estoy solicitando, podria ser elegible para servicios de emergencia de CMSP.

Si no reporto los cambios con prontitud y si por esta razón recibo beneficios de CMSP para los que no soy elegible, yo podria tener que reembolsar al CMSP por esos beneficios.

Si soy elegible para otra aseguranza del salud gratuita y no solicito por ella o falto en mantenerla, mi elegibilidad de CMSP sera negada o descontinuada.

Si mi proveedor de servicios médicos acepta el CMSP por servicios cubiertos, ellos no pueden cobrarme por esos servicios con excepción de la parte de costo que yo pueda tener.

Por la presente declaro que he revisado la información en este impreso con el representante del condado y que entiendo completamente mis DERECHOS Y RESPONSABILIDADES para que se determine mi elegibilidad para CMSP y para mantener esa elegibilidad.

Firma de Solicitante/Representante	Número de teléfono	Fecha
------------------------------------	--------------------	-------

Firma de la persona que representa al Solicitante o beneficiario	Número de teléfono	Fecha
--	--------------------	-------

Firma del Intérprete	Número de teléfono	Fecha
----------------------	--------------------	-------

Le he explicado al solicitante/beneficiario sus derechos, responsabilidades y otra información listada en esta impreso.

Firma y número del trabajador de elegibilidad	Número de teléfono	Fecha
---	--------------------	-------

ENTIENDO QUE:

- Cuando solicito los beneficios de CMSP sere evaluado para elegibilidad para otros programas incluyendo Medi-Cal.
- ~~Si~~ obtengo servicios médicos de un proveedor médico que no es proveedor de CMSP tendré la responsabilidad de pagar los servicios.

Basado en mis ingresos, podria pagar o ser responsable por parte de mis gastos médicos cada mes antes que CMSP comienze a pagar.

Si doy información falsa o incompleta puedo ser encontrado inelegible para CMSP y podria ser investigado por sospecha de fraude.

Los datos que proporcione serán verificados por médico de computadora con información proporcionada por los empleadores, el Departamento de Impuestos del Estado (Franchise Tax Board), la Administración del Seguro Social, bancos, la agencia de bienestar, y otras agencias.

Si yo, o la persona por quien estoy solicitando, no poseo un estado migratorio satisfactorio yo, o la persona por quien estoy solicitando, no poseo un estado migratorio satisfactorio yo, o la persona por quien estoy solicitando, podria ser elegible para servicios de emergencia de CMSP.

Si no reporto los cambios con prontitud y si por esta razón recibo beneficios de CMSP para los que no soy elegible, yo podria tener que reembolsar al CMSP por esos beneficios.

Si soy elegible para otra aseguranza del salud gratuita y no solicito por ella o falto en mantenerla, mi elegibilidad de CMSP sera negada o descontinuada.

Si mi proveedor de servicios médicos acepta el CMSP por servicios cubiertos, ellos no pueden cobrame por esos servicios con excepci3n de la parte de costo que yo pueda tener.

Por la presente declaro que he revisado la informaci3n en este impreso con el representante del condado y que entiendo completamente mis DERECHOS Y RESPONSABILIDADES para que se determine mi elegibilidad para CMSP y para mantener esa elegibilidad.

Firma de Solicitante/Representante

Número de teléfono

Fecha

Firma de la persona que representa al Solicitante o beneficiario

Número de teléfono

Fecha

Firma del Intérprete

Número de teléfono

Fecha

Le he explicado al solicitante/beneficiario sus derechos, responsabilidades y otra informaci3n listada en esta impreso.

Firma y número del trabajador de elegibilidad

Número de teléfono

Fecha

COPIA DE SOLICITANTE/BENEFICIARIO

REQUIRED FORM—NO SUBSTITUTE PERMITTED

COUNTY MEDICAL SERVICES PROGRAM NOTICE OF ACTION OVERPAYMENT AND REPAYMENT INSTRUCTIONS

(COUNTY STAMP)

State number: _____

Name of beneficiary affected: _____

Date: _____

We have determined that the CMSP has incorrectly paid \$ _____ for your medical care for the month(s) of _____. This overpayment was the result of:

I. Share-of-Cost

Your share-of-cost should have been \$ _____ because _____ and you did not report this information to the county.

The overpayment was computed as follows:

1. Month	2. Correct Net Income	3. Correct Maintenance Need	4. Correct Share-of-Cost (2-3)	5. Share-of-Cost You Met	6. Possible Overpayment (4-5)	7. Amount Paid by CMSP	8. Overpayment (Lower of 6 or 7)
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

II. Property

You should have been ineligible for CMSP for the month(s) of _____ because you had countable, nonexempt property worth \$ _____ which is \$ _____ above the property limit. CMSP paid \$ _____ of your health care costs during this time. You are responsible for repaying \$ _____ (the lower of your excess property or the amount that CMSP paid).

III. Other

IV. Repayment Instructions

You are responsible for repaying \$ _____. Send your check or money order for this amount to _____ within 30 days. The regulations which require this action are Article 14, Sections 0782 through 0786 of the County Medical Services Eligibility Manual, which define CMSP overpayments and your repayment responsibilities.

If you have any questions, please contact _____ at _____. You may request a hearing on this matter if you do not agree, by contacting your county welfare department.

PROGRAMA DE SERVICIOS MEDICOS DEL CONDADO

NOTIFICACION DE ACCION INFORMACION DE SOBREPAGO Y REEMBOLSO

(COUNTY STAMP)

Número del Estado: _____

Nombre del beneficiario en referencia: _____

Fecha: _____

Hemos determinado que el CMSP ha pagado incorrectamente \$ _____ por sus cuidados médicos para el mes de _____ Este sobrepago resultó debido ha:

I. Parte de Costo

Su parte de costo debió haber sido \$ _____ porque _____ y usted no reporto al condado esta información.

El sobrepago se calculó como segue:

1. Mes	2. Ingreso Neto Correcto	3. Manutención Necesaria Correcta	4. Parte de Costo Correcto (2-3)	5. Parte de Costo Cumplido	6. Posible Sobre Pago (4-5)	7. Cantidad Pagada por CMSP	8. Sobrepago (lo más bajo de 6 o 7)
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

II. Propiedad

Usted debia haber sido inelegible para CMSP para el mes(es) de _____ porque usted tenia propiedad no exenta contable con valor de \$ _____ lo que es \$ _____ sobre el limite de propiedad. CMSP pago \$ _____ del costo de su cuidado de salud durante este tiempo. Y usted es responsable de pagar \$ _____ (lo más bajo de el exceso de su propiedad o la cantidad que pagó el CMSP).

III. Otro

IV. Instrucciones para Reembolso

Usted es responsable de pagar \$ _____. Envie su cheque o giro por esta cantidad a _____ dentro de 30 días. Las regulaciones que requieren esta acción son artículo 14, secciones 0782 a 0786 del Manual de Elegibilidad para Servicios Médicos del Condado, el cual define los sobre pagos de CMSP y su responsabilidades de reembolsar.

Si tiene preguntas, por favor comuníquese con _____ al _____. Si usted no esta de acuerdo, puede solicitar una audiencia acerca de este asunto, comunicandose con el departamento de bienestar del condado.

To: Department of Health Services
Third Party Liability
P.O. Box 2471
Sacramento, CA 95812-2471

Date: _____

Mail: Original
File: Copy

County Medical Services Program (CMSP) POTENTIAL THIRD PARTY LIABILITY NOTIFICATION

- Have you used, or will you use, CMSP for your injury or illness? Yes No
2. Have you filed, or will you file, a lawsuit or insurance claim?..... Yes No

If you answered Yes to one or both of the above questions, complete the following:

3. Injury/illness occurred at: Home School On someone else's property
 Work Motor vehicle Other _____

Case name (first, middle, last)				Date of injury or illness (DATE MUST BE PROVIDED.)	
Address (number, street)		City	State	ZIP code	Social Security number - -
Mailing address		City	State	ZIP code	Telephone number ()

Injured Persons(s):

Name	Date of Birth	County Code	Aid Code	Social Security Number (If not available, CMSP or CIN)

4. Have you filed, or will you file, a lawsuit? Yes No If yes, please provide the following information:

Attorney name			Telephone number ()	
Mailing address		City	State	ZIP code

5. Is there insurance (other than CMSP) covering you or anyone else for this injury/illness (auto, homeowners, premise liability, accident, health)? Yes No If yes, please provide the following information:

Insurance company			Telephone number ()	
Mailing address		City	State	ZIP code
Claim adjuster	Claim/policy number	Policy holder		

WORK RELATED INJURY

Have you filed an application for Workers' Compensation benefits? Yes No

Employer at time of accident		Telephone number ()		Workers' Compensation claim/case number	
Mailing address		City	State	ZIP code	

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

COUNTY USE ONLY

Eligibility worker	Worker number	County	Telephone number ()
--------------------	---------------	--------	-------------------------